77

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Mlle ZADVINE Sophie

DE L'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE

DANS LE

Traitement de l'Infection puerpérale

GÉNÉRALISÉE

Président : M. LE PROFESSEUR RIBEMONT-DESSAIGNE

PARIS
LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VIe Ar.). -- PARIS.
(Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)
—
1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL X...
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercices

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECENE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI.	RETTERER
BROCA André	GUENIOT	LŒPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET André	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBE Marcel	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE.	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

À MA MÈRE ET A MON PÈRE

Ma plus grande reconnaissance.

A MON FRÈRE

Pour tous ses sacrifices qu'il a su si gaîment faire pour moi.

A MONSIEUR RIBEMONT-DESSAIGNE

PROFESSEUR

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Que je remercie infiniment d'avoir bien voulu accepter la présidence de ma thèse.

A MONSIEUR JEANNIN

PROFESSEUR AGRÉGÉ

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX DE PARIS

Qui fut toujours si bon pour moi et dont l'image morale me servira d'exemple et me guidera toujours.

INTRODUCTION

C'est avec un réel et immense plaisir, que je me subordonne à la vieille tradition de remercier tous ceux (parents et maîtres) qui m'ont aidée de quelque façon que ce soit à faire mes études médicales et arriver heureusement à leur terme.

Ma reconnaissance est grande envers mes parents et mon frère, mais de cela je ne parlerai pas ici.

C'est surtout mes maîtres que je veux remercier. Je sais que, jamais la reconnaissance n'est assez grande et surtout les paroles sont toujours plus faibles que n'est le sentiment, et l'expression de ces remerciements sera d'autant plus faible que c'est une étrangère qui les formule. Quoiqu'il en soit, j'essayerai autant que possible de leur dire tout ce que je pense.

Ainsi, c'est avec une vraie joie que je me rappelle le temps de mon premier stage chez Monsieur le Professeur Reclus. Avec son habituel esprit vif, jamais en repos, il nous tenait toujours sur le qui-vive, ne lais-

sant pas s'endormir notre intelligence et éveillant en nous notre curiosité naissante pour la science. Il savait rendre toutes les choses intéressantes ; il prenait pour prétexte tout ce qu'il voyait autour de lui pour en seigner.

Je ne peux pas m'empêcher de raconter un petit fait qui le caractérise si bien. Un jour on était autour d'un malade sur le lit duquel se trouvait un de ces journaux illustrés que nos pauvres patients lisent avec tant de plaisir. Sur l'image il y avait une épisode de la guerre russo-japonaise : un soldat dont la jambe était broyée au tiers inférieur et d'où faisait saillie *un seul* os.

M. Reclus ayant jeté un coup d'œil sur l'image me dit : « quel défaut y a-t-il sur le dessin ? — J'étais trop troublée par une question si « bizarre » comme il m'a semblé que je ne trouvais pas.

— « Mais il ne dépasse qu'un seul os, qu'un seul, malheureuse, s'est-il écrié, « et c'est au tiers inférieur de la jambe ! »

Tout le respect et toute l'admiration que j'ai pour ce vrai maître, je ne me sens pas capable de le dire.

Puis Monsieur Bazy, chirurgien des hôpitaux de Paris; oh lui, avec son bon rire et sa manière caressante de traiter l'étudiant éveillait en nous un sentiment chaleureux pour lui, et tous on tâchait de « ne pas trop sécher » comme on disait entre nous, pour mériter son sourire d'approbation.

Et puis tous les autres : M. le Professeur Widal, M. Petit, M. le Professeur Gaucher, et M. Doleris, M. Bon-

naire, M. Merklen, M. Klippel, M. Terrier, tous, je les remercie en leur demandant pardon de ne pas savoir remercier mieux.

Parmi tous mes maîtres, je veux parler de deux autres dont je n'étais pas l'élève immédiate, mais dont j'ai toujours suivi les cours avec empressement.

D'abord c'est M. Jeannin, si spirituel, si vif ; les sujets les plus ardus, les plus âpres devenaient des bagatelles ; combien de fois les choses qui paraissaient si difficiles à comprendre et à retenir dans les livres, devenaient simples après les explications de M. Jeannin ! Et ce n'est pas tout : excellent pédagogue, M. Jeannin, quand il cessait d'être professeur, quel homme, quelle bonté supérieure, quel esprit, quelle délicatesse... mais je n'en finirais pas.

Le deuxième professeur est M. Blanchard. Je veux parler de ses cours. Ah ! lui c'était une autre manière d'enseigner, toujours avec un sourire, une plaisanterie, une anecdote, nous enseignant des choses difficiles, qu'on considère (à tort bien sûr) comme inutiles dans le bagage intellectuel du praticien. Eh ! bien, oui, sans lui, j'aurais été de l'avis de beaucoup d'étudiants qui considèrent la parasitologie comme une corvée d'examen. Mais M. Blanchard a su éveiller mon intérêt pour cette partie des sciences médicales et je ne suis pas la seule.

Je crois donc que quoique n'ayant pas été son élève directe je peux et dois le remercier de tout mon cœur.

Eh bien ! encore une fois je vous remercie tous ! J'es-

père que mes maîtres n'auront pas à rougir de moi et si je ne guéris pas toujours, je soulagerai et consolerai, et la consolation, je crois, rentre en large partie dans les devoirs du médecin.

Que nous a donné le traitement des fièvres puerpérales par les abcès de fixation ? Maintes fois le sujet a été fait et refait et je ne prétends pas apporter une lumière nouvelle, ni un fait nouveau à tout ce qui a déjà été dit.

Je veux seulement passer en revue encore une fois les ouvrages principaux qui ont trait à la question et en tirer les conclusions en voyant à quoi on est arrivé et à quoi il faut s'en tenir.

Le procédé lui-même est suffisamment connu de tout le monde mais je vais cependant l'indiquer ici pour que l'ouvrage soit complet.

HISTORIQUE

Je serai brève sur ce chapitre : qu'il me suffise de citer Fochier de Lyon qui le premier a employé la méthode des abcès de fixation quand il a vu « dans quel-
« ques cas rares de fièvre puerpérale, tous les signes
« d'une infection généralisée s'amender en même
« temps qu'apparaît une suppuration localisée comme
« par exemple un phlegmon du sein, de la fosse iliaque,
« etc. » (Fochier).

Cette méthode a provoqué beaucoup de débats dont quelques-uns seront cités plus loin.

Après Fochier de Lyon qui fut le père de cette méthode, il faut citer Boissard, Fabre et Trillat et surtout Carles de Bordeaux à qui j'emprunte presque toutes les observations.

TECHNIQUE

Comme toujours et plus que toujours il faut que la peau soit aseptique ; donc un bon lavage et un décapage complet sont nécessaires.

Tout d'abord il ne faut pas :

1/ ajouter aux microbes, agents pathogènes de l'infection, d'autres microbes.

2/ affaiblir l'organisme dont la résistance est déjà amoindrie par l'infection généralisée. Donc il faut absolument proscrire les microbes et leurs toxines.

Restent donc les substances chimiques. Il est établi par Fochier de Lyon après de longs débats, qu'une substance chimique appropriée, peut déterminer localement une irritation, une inflammation, voire du pus et du pus stérile, amicrobien ce qui a une importance capitale dans ce cas particulier.

Quelle est donc cette substance à employer ? — Fochier a commencé par le sulfate de quinine acidifié, mais il fut bientôt obligé de l'abandonner, le sulfate de quinine ne remplissant pas tous les desiderata. Il donne

un abcès peu abondant, à pus séreux, mal limité et se formant lentement.

Depuis on a employé le chlorhydrate de quinine, l'azotate d'argent, le sublimé, l'acide phénique, l'oxyde jaune de mercure, l'huile de croton et tant d'autres ; mais toutes ces substances laissaient à désirer et on pouvait leur reprocher à toutes quelque défaut.

Tel était l'état des choses quand Gravitch a eu l'idée d'employer l'essence de térébenthine et a fait connaître ses propriétés. Tout de suite l'essence de térébenthine a pris la place prédominante au milieu de toutes les autres substances chimiques employées jusqu'ici et cette place elle l'a gardée, toutes les autres lui cédant le pas.

Donc voilà un fait établi : la meilleure substance chimique à employer, est : **l'essence de térébenthine.**

Combien d'injections faut-il faire et où ? Voilà la question qui se pose immédiatement. L'endroit n'a pas d'importance, pourvu qu'il soit riche en tissu cellulaire sous-cutané et que l'injection soit poussée non dans le muscle, mais au contraire en plein tissu cellulaire. L'injection dans l'épaisseur du muscle donne des résultats déplorables.

Combien de centimètres cubes faut-il injecter ? Ceci est plus intéressant ! Au début on injectait 3 centimètres cubesau même endroit et on voyait à la suite de ces injections des phlegmons suivis souvent de sphacèle et ces injections ont à juste titre effrayé Brantôme. Cependant à l'heure actuelle, quelques auteurs en sont encore partisans. Evidemment il qu'il est ennuyeux

d'injecter en une fois cette dose massive de 3 centimètres cubes, à cause des phlegmons étendus qu'on observe à leur suite. Mais en tâtant la susceptibilité des malades et en commençant par un centimètre cube ou même 1/2 centimètre cube, ou peut faire 2 à 3 piqûres le premier jour quitte à recommencer les jours suivants.

Ces injections sont rarement douloureuses. Au bout de 3 ou 4 jours la région se tuméfie et devient sensible, et si on incise au bout de 6 à 8 jours, on retire du pus en grande quantité. Le membre tout entier peut être pris. C'est alors une forme bruyante qui annonce la bénignité de l'infection et sa prompte guérison. Mais il y a d'autres formes réagissant bien moins violemment, ou même ne réagissant pas du tout ; et le pronostic en est moins bon, ou fatal.

Voici quelques observations qui illustrent bien ce qui vient d'être dit. En voici une avec réaction vive et guérison complète. Pourtant la malade était dans de mauvaises conditions, ayant une fièvre typhoïde.

Observation empruntée à CARLES (de Bordeaux) (1)

Observation XVII. — Service de M. le professeur Arnozan, recueillie par M. Duvergey, interne des hôpitaux.

Dothiérientérie. — Infection utérine. — Abcès de fixation. — Guérison.

Marie D.,., 28 ans, cuisinière, entrée le 3 février 1901. Habi-

(1) Thèse de Carles, de Bordeaux, 1903. » Abcès de fixation ».

tuellement bien portante, vient à l'hôpital parce que depuis une huitaine de jours elle se sent souffrante. Elle se plaint de céphalée, de diarrhée, de douleurs abdominales et de prostration. Les règles ne seraient pas apparues depuis novembre : elle serait enceinte de deux mois.

Diarrhée, taches rosées lenticulaires, léger ballonnement du ventre ; gargouillement, douleur de la fosse iliaque droite ; stupeur, insomnie, température dans l'aisselle entre 39° et 40°. Pouls entre 100 et 120.

Dans la nuit, avortement. Il manque le délivre que l'on trouve retenu dans la cavité cervicale. Injections chaudes.

Le 8 février : curettage. Injection de 400 centimètres cubes de sérum de Hayem.

Le 9 février état général mauvais. Langue sèche ; pouls petit, intermittent, dicrote, à 130 ; diarrhée abondante ; fatigue extrême. Congestion aux deux bases. **Injection de 1 centimètre cube d'essence de térébenthine** dans la fesse droite. Le soir état général meilleur ; moins de fatigue ; urines abondantes. La température tombe à 37°7, s'y maintient le lendemain et après une nouvelle ascension à 39°3 descend progressivement en lysis.

Le 10, la malade a dormi une partie de la nuit. La fesse est douloureuse. Mieux notable. Facies meilleur. Pouls excellent à 70.

Le soir fatiguée des bruits de la journée, un peu de céphalée avec ascension thermique.

Le 11, état général bon. Urines claires, abondantes. Température 37° 6 et 37° 2.

Les jours suivants l'amélioration s'accentue : crise urinaire. La cavité utérine ne suppure plus.

Le 16, incision de l'abcès. Le pus est sanguinolent, chargé de caillots, il sent la térébenthine.

Le 20 état général excellent, abcès en voie de guérison.

Le 28, commence à manger. Guérison rapide.

Le pus examiné, contient en quantité des bacilles d'Eberth très virulents.

Et maintenant voici une autre observation empruntée encore à Carles de Bordeaux où la réaction ne s'est pas produite la femme est morte.

Observation XXVIII (1) Service de M. le Professeur Lannelongue, recueillie par M. Duvergey, interne.

Péritonite suraigue. Abcès de fixation. Pas de réaction. Mort.

Femme de 40 ans. Poussée de péritonite suraigue, consécutive à une tentative d'avortement. Pouls petit, filiforme, intermittent. Vomissements. **Injection d'essence de térébenthine le 1er février. Aucune réaction. Nouvelle injection de deux centimètres cubes d'essence de térébenthine.**

Meurt le 3 février.

A l'autopsie perforation utérine et intestinale ; péritonite généralisée.

Et encore une autre observation où l'amélioration fut seulement passagère. Copiée chez Carles de Bordeaux (2).

Observation XXXVIII. — Communiquée par M. le professeur agrégé Anderodias.

Infection puerpérale grave, 2 abcès de fixation, amélioration passagère.

Femme de 22 ans, journalière, entre à la clinique d'accouchement le 4 août à 6 h. 1/2 du soir, venant de Villendrant.

(1, 2) Thèse de Carles de Bordeaux 1903. « Abcès de fixation ».

C'est sa deuxième grossesse. La première à terme en 1899 nécessita une application de forceps. Enfant mort-né.

La malade enceinte de 9 mois arrive fortement infectée ayant subi 7 applications de forceps à Villendrant. On fait une application au détroit supérieur. Enfant vivant qui meurt peu de temps après. Délivrance artificielle faite immédiatement après l'accouchement.

Le 8 août, curettage utérin, injection d'eau oxygénée à 10 volumes (800 grammes), mèche de gaz iodoformée. Injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum artificiel. Le soir, température de 40°.

9 août matin, 39°. On enlève la mèche iodoformée. On constate un écoulement de liquide louche, citrin, venant de la cavité utérine. Injection intra-utérine de 10 litres d'eau bouillie. Ecouvillonnage des plaies vaginales à la glycérine créosotée. Injection de 30 centigrammes de quinine et 500 centimètres cubes de sérum. On constate la présence d'une petite fistule recto-vaginale. Le soir, injection vaginale et injection utérine de 10 litres d'eau bouillie, 500 centimètres cubes de sérum artificiel. Température 37°. Le soir à 8 heures, violent frisson ; température 40°.

10 août. — Température du matin 37°, vomissement pendant la nuit. Dyspnée assez marquée. A beaucoup toussé. Injection vaginale chaude. Attouchement des plaies vaginales à la glycérine créosotée. Urines ne contiennent pas d'albumine. Pas de pertes. Se plaint de douleurs au creux épigastrique. Le ventre n'est pas douloureux, est moins météorisé. Le soir, la dyspnée semble plus marquée. La température est de 38°9, le pouls à 115. 500 centimètres cubes de sérum. La fistule disparaît.

11 août. — En présence du profond état d'infection de la malade, on fait une **injection sous-cutanée de 1 centimètre cube d'essence de térébenthine** à la partie antérieure de la cuisse. Un bain froid. Ventouses sèches. Injection vaginale d'eau bouillie.

12 août. — La dyspnée non accentuée ; température 40° 3 le matin, soir 37° 2. Injections vaginales d'eau bouillie. Ventouses sèches. Constipation.

14 août. — Même état. Le soir hypothermie 36°. 0 gr. 65 cgr. de digitale.

15 août. — L'induration provoquée par l'injection de térébenthine paraît diminuer.

16 août. — Bain.

17 août. — On supprime la digitale ; menace d'endocardite : un sachet de glace sur la région précordiale.

18, 19, 20, 21 août. — Même traitement. État général bon.

22 août, — On incise l'abcès de fixation : 150 à 200 grammes de pus de mauvaise odeur. On **établit un deuxième abcès de fixation** à la cuisse gauche.

26 août. — Ce dernier qui a réagi beaucoup mieux que le premier est incisé le 26. Pus bien lié.

27-28-19 août. — Même état. Après leur ouverture les abcès n'ont plus donné de pus.

1-2-3 septembre. — Frisson violent tous les soirs suivi d'une très forte hypothermie.

3. — Dyspnée très accentuée. Violent point de côté. Hypothermie très marquée. Souffle, matité, râles crépitants au poumon gauche.

4. — Les signes sthétoscopiques de la veille ont disparu. Obscurité légère. Submatité. Respiration soufflante. (caféïne, champagne).

5. — Au niveau de la fesse droite s'ouvre spontanément un abcès. Il s'en écoule un verre de pus environ. Pas de frisson ; vomissements.

7. — Poumon gauche respire mieux. Léger œdème de la paroi thoracique. Frisson. Vomissement, Les abcès de fixation sont en voie de guérison.

8 et 9. — Pas de frisson.

10. — Frisson violent le matin.

11. — Ouverture d'un abcès spontané à la fesse droite. Pus fétide mal lié.

12-13. — Un frisson chaque jour.

14. — Pas de frisson. Vomissements.

16-17. — Dyspnée très accentuée.

19-22. — Amélioration.

27. — Forte aggravation. M. Roudot voit la malade le 5 octobre et après deux ponctions blanches fait le diagnostic de splénо-pneumonie. Le soir violent point de côté. Dyspnée assez marquée, ventouses. 20 centimètres de sérum de Marmoreck.

8 Octobre. — (6 heures du soir). Violent frisson. La dyspnée se modifiant, on pense à une collection purulente intra-lobaire. Le poumon droit reste sain. Glace sur la région précordiale Dyspnée. Sérum de Marmoreck.

10 Octobre. — Mort à 4 heures du matin, autopsie : pleurésie purulente.

Ces observations nous montrent que les abcès de fixation peuvent sauver des malades dont on désespérait presque, mais il faut un organisme jeune, se défendant bien. Sinon on a une amélioration passagère ou même pas d'amélioration et la mort. L'issue dépend aussi de l'incision de l'abcès : il est évident qu'on ne peut pas inciser avant que le pus soit formé, et comme le pus ne se forme pas toujours à la même époque, l'incision dépend du moment où le pus se forme. En général on ouvre 8 à 10 jours après l'injection et sous un pansement asceptique l'abcès se cicatrise en 5 à 6 jours.

INDICATIONS

Il est évident qu'en se trouvant devant un cas de fièvre puerpérale, on ne commence pas le traitement par l'abcès de fixation. Il faut avoir essayé toutes les autres méthodes, mais il ne faut pas s'y appesantir. Le traitement par l'abcès de fixation n'étant sûrement pas dangereux, ni douloureux, pourquoi attendre ? Cette méthode a d'autant plus de chance de réussir que l'intervention est plus précoce et que la malade est plus jeune.

Ainsi chez Carles de Bordeaux, on trouve les passages suivants :

« Les abcès de fixation n'agissent pas comme une piqûre d'éther ou une injection d'huile camphrée. Ce ne sont pas des remèdes pour agonisants puisqu'ils basent leur action sur la réaction même de l'organisme. Chez les malades adynamiques, sans pouls, dans les collapsus, ils ne sauraient être d'aucune utilité. C'est peut-être la raison des succès plus fréquents au cours de l'infection puerpérale. On a alors affaire à des sujets jeu-

nes et qui par suite réagissent mieux. » (Carles, de Bordeaux) (1).

Le traitement par l'abcès de fixation sera plus employé à l'hôpital qu'en ville, car on ne peut pas surveiller les malades de la clientèle privée comme celles de l'hôpital. Ainsi Carles, de Bordeaux, nous dit :

« Les fortes douleurs souvent produites (nous avons vu des cas où il fallait recourir à la morphine), la difficulté des pansements dans la pratique urbaine et rurale, fait de la méthode de fixation un traitement d'exception que l'on réservera pour les cas graves. Mais le médecin ne devra jamais le négliger ; il assistera souvent grâce à lui à de véritables résurrections. » (Carles, de Bordeaux) (2).

Et plus loin encore :

« Dans l'affection puerpérale notre statistique est autrement meilleure (17 guérisons sur 28 cas) et cependant on n'a eu recours à la méthode pyogénétique que dans les cas graves ; il faut assurément tenir compte du pouvoir de réaction plus considérable des sujets relativement assez jeunes. Ici encore, nous redirons que la méthode de Fochier souvent très remarquable doit rester exceptionnelle ; ce n'est que lorsque les procédés ordinaires sembleront échouer, quand l'état général sera menaçant, quand on craindra l'apparition de foyers de suppuration sur les organes importants qu'il faudra y avoir recours. » (Carles, de Bordeaux.)

(1-2) Thèse de Carles, de Bordeaux, 1903. « Abcès de fixation », pages 103 et 104.

De tout ceci il suit qu'il ne faut pas employer la méthode de fixation que dans les cas graves et après avoir essayé tous les autres traitements.

Comment juger qu'un cas est grave ou ne l'est pas ? — Ce n'est pas l'examen du sang qui nous le dira. L'inoculation, quoique très bon indicateur, demande un outillage spécial et surtout trop de temps.

C'est la **précocité** de l'infection, son hypertermie, et surtout la **petitesse** et **fréquence du pouls**. Et encore faut-il commencer par les moyens ordinaires et si ces moyens restent inefficaces, si les symptômes persistent ou seulement s'aggravent alors seulement on est autorisé d'intervenir par la méthode de Fochier.

Et nous voilà au moment où la maladie est jugée, le diagnostic fait, quand faut-il créer l'abcès de fixation ? Evidemment nous ne connaissons pas le pronostic, mais nous savons qu'en provoquant l'abcès trop tard, la malade est fatalement perdue. Donc il vaut mieux intervenir de bonne heure. On risque toujours de provoquer une suppuration inutile, lente à guérir, mais comme dans le cas contraire le pronostic est encore plus fâcheux, il faut créer l'abcès.

Il vaut donc mieux intervenir plus tôt, et nous dit Boissard :

« ... En face d'une infection puerpérale grave, c'est-à-dire ne rétrocédant pas par l'emploi des procédés ordinaires, il ne faudra pas se leurrer, se bercer d'illusions, mais agir, sans attendre une réaction heureuse sous l'influence des injections de sérum antitoxique,

qui ne donnent que déboires, ou des injections intraveineuses de collargol dont l'efficacité reste encore problématique ». (Boissard) (1).

Observation V du Docteur BOISSARD (1)

Secondipare ; 24 ans. Dernières règles en septembre : a eu une première hémorragie spontanée chez elle dans la nuit du 21 juin. Amenée à l'hôpital en travail à onze heure du soir le 25 juin 1906, tamponnée par une sage-femme de la ville à cause d'une deuxième hémorragie. Femme exangue; dilatation comme 2 fr. ; bruits du cœur fœtal nuls ; sommets. On arrive pourtant sur le placenta ; il est perforé par mon interne qui déchire largement les membranes : dilatation manuelle ; recherche et abaissement d'un pied ; 800 grammes de sérum.

A 2 heures du matin extraction d'un enfant mort pesant 3020 grammes. Délivrance artificielle, placenta 450 grammes. Cotylédons erratiques. Injection intra-utérine, Ecouvillonage ; 750 grammes de sérum. La température monte à 38° le soir du quatrième jour, atteint 39° le 30 juin : curettage.

3 juillet, température 39°8 — écouvillonage.

4 — température 40°5 — **injection avec 2 centimètres cubes d'essence de térébenthine.**

5, 6, 7. — Température oscille entre 38° et 39°. Etat général très mauvais ; facies grippé. Pouls petit très rapide ; mort le 8 juillet. Il ne s'est pas produit d'abcès. (Boissard).

Eh bien voici une femme qui malgré le traitement intensif est morte quand même. C'est-il que son organisme ne se défendait pas suffisamment ; l'injection

(1-2) Obstétrique 1908. « Traitement de l'infection puerpérale par les abcès de fixation. »

était-elle faite trop tard ; toujours est-il qu'elle est morte et que si l'essence de térébenthine donne maintes fois des résultats merveilleux, elle reste encore souvent inefficace et qu'il faut être réservé dans le pronostic.

Fochier de Lyon nous dit : « Dans les cas simples où la maladie ne se décèle que par l'hyperthermie, il faut se contenter d'un traitement local : des purgatifs salins, des révulsifs, etc... Dans les cas plus compliqués, avec, je suppose, une poussée vers les poumons, menaçant d'asphyxier la malade, vous êtes autorisé à recourir aux injections d'essence de térébenthine.

« Même dans le cas où vous avez déjà une localisation du mal, localisation spontanée, si l'état général est mauvais, créez en quelque sorte un nouvel émonctoire en provoquant ailleurs un autre abcès. »

Il y a des femmes qui présentent des allures bizarres dans leurs infections. Tantôt c'est une néphrite, tantôt une hépatite, une myélite, etc., etc. ; mais il faut se méfier et comme nous dit Fochier :

« Ces accouchées n'en meurent pas moins et méritent d'être traitées autrement que par les soins locaux, incapables de porter le remède là où est le mal. » (Fochier.)

Eh bien, ces femmes encore sont justiciables du traitement par les abcès de fixation.

C'est encore Fochier qui nous indique qu'il faut inciser à temps, qu'en laissant le pus s'écouler on perd pour ainsi dire le bénéfice de l'abcès et il vaut mieux par

conséquent en créer un autre. Laissons d'ailleurs la parole à Fochier lui-même :

« Comment agit le traitement ? Il est probable que tout à l'entour du foyer purulent, il est secrété des produits solubles qui vaccinent l'organisme. Et cela paraît si vrai que je crains d'ouvrir une issue au pus parce que, le pus évacué, ses propriétés bienfaitrices disparaissent. Je conseillerais plutôt avant d'ouvrir un abcès, d'en créer au préalable un autre dans le voisinage. » (Fochier).

Y a-t-il des contre-indications ?

A proprement parler il n'y en a pas.

Une température élevée est une indication pour le traitement et non une contre-indication. On voit toujours une défervescence au moment où le pus apparaît.

L'essence de térébenthine n'a pas de fâcheuse action sur le rein comme on l'a cru longtemps. Dans la thèse de Carlos on trouve le passage suivant :

« ..... Or, pour notre part, dans les nombreux cas que nous avons observés, nous n'avons jamais remarqué aucune influence fâcheuse produite par la térébenthine sur les reins. Ni diminution de la quantité d'urine, ni hématurie, ni production d'albumine, ni augmentation si elle existait déjà. » (Carles, de Bordeaux.)

La térébenthine n'irrite pas le rein, probablement parce qu'une fois dans le sang elle se divise en gouttelettes infiniment petites, et est absorbée par les globules

blancs du sang et s'élimine par le pus au moment de l'ouverture de l'abcès.

Il n'y a qu'une contre-indication et sérieuse celle-là, c'est l'**œdème.**

PATHOGÉNIE

Comment agit la térébenthine ? Pourquoi provoque t-elle un abcès et pourquoi le pus de cet abcès est-il stérile ? Voilà des questions d'une grande importance certes, mais malheureusement elles ne sont pas encore complètement résolues.

De nombreuses théories ont été émises ; de longues discussions se font encore sur ces questions.

Avec Fochier de Lyon, Carles de Bordeaux et beaucoup d'autres, on peute dire que la théorie de fixation paraît la plus vraisemblable, la plus simple à expliquer, la plus facile à comprendre.

On traumatise pour ainsi dire, un endroit quelconque de l'organisme par une injection d'essence de térébenthine. On crée un endroit de moindre résistance, que les microbes et les toxines ne tardent pas à envahir. Une fois dans cet endroit les microbes et les toxines se trouvent en présence de la térébenthine qui enkyste

les premiers et neutralise les autres. Il est évident que la suppuration, l'infection générale est entravée par ce processus de fixation.

Dans ce qui vient d'être écrit, on trouve la réponse aux questions posées plus haut :

1/ Comment agit la térébenthine ? En traumatisant, en créant un endroit de moindre résistance.

2/ Pourquoi provoque-t-elle un abcès ? Parce que les microbes se portent sur l'endroit de moindre résistance qui est plus facile à attaquer.

3/ Pourquoi le pus est-il stérile ? Parce que l'essence de térébenthine étant aseptique surtout pour le streptocoque enkyste d'abord les microbes et finit par les tuer par le mécanisme suivant : l'essence de térébenthine étant irritante, il se fait un appel de leucocytes qui englobent et digèrent les microbes, s'évacuent eux-mêmes par le pus après ouverture de l'abcès. Cette facilité de tuer les microbes est propre à la térébenthine, car dans le chlorhydrate de quinine, l'éther ou toute autre substance les microbes restent vivants. En outre le microbe, tout autre que le streptocoque présente une résistance beaucoup plus grande, et fréquents sont les cas où l'infection étant causée par le bacille d'Eberth, pneumocoque ou autre, l'abcès de fixation donnait issue à des microbes vivants et virulents.

Dans les annales de la Société obstétricale de France fondée en 1891, MM. Fabre et Trillat ont fait un article dans lequel ils disent que chaque accouchée reçoit une

injection de 2 litres de solution d'essence de térébenthine au 10/1000, voilà ce qu'ils en disent :

« Nous regardons comme cas suspect, par conséquent rentrant dans la statistique, toute malade dont la température rectale s'élève pendant un seul jour à 38°5 ou 3 jours à 38° 1, quelle que soit la cause de la fièvre ».

Eh bien, ils sont arrivés au chiffre de 14 o/o, tandis que la moyenne sans ces injections, est de 20 o/o, ce qui prouve encore une fois, que la térébenthine est antiseptique et même à doses minimes entrave et empêche l'infection. Les streptococcies sont bien moins fréquentes et surtout bien moins graves. Ainsi l'observation empruntée chez Trillat et Fabre est très instructive. (1).

OBSERVATION (2)

Au commencement du mois (février) fut reçue à la salle du dortoir une femme près du terme souffrant d'une angine grave avec température et état général mauvais.

Cette femme accouche dans le service et présente immédiatement après l'accouchement des symptômes laryngés très inquiétants. Du streptocoque est trouvé dans ses lochies.

Isolée dans le service des angines, l'examen de la gorge montre une angine streptococcique des plus évidentes. Dans les jours qui suivent l'accouchement de cette femme, il y eut 4 cas d'infection streptococcique dont l'un assez grave, terminés tous par la guérison. Cette épidémie fut enrayée de suite et le mois suivant trois accouchées seulement présentent une streptoconie lé-

(1-2) Annales de la société obstétricale de France.

gère. En avril l'épidémie est arrêtée et cependant le streptocoque du début de février était particulièrement violent.

Ces injections ne sont pas douloureuses et même faites à la température de 40° environ ne sont pas senties pour la plupart du temps.

Quelques femmes accusent les jours suivants une cuisson un peu vive qui cède à des applications de corps gras. Quelques-unes dont la peau est plus sensible, ont pu présenter des rougeurs fugaces et quelques douleurs, mais **jamais** il n'a été noté d'éruption véritable généralisée ayant une gravité quelconque.

— De cette partie de l'observation on voit que la térébenthine n'a pas de tendance à fuser et même en fusant ne donne pas lieu à des phénomènes importants. Ainsi :

« Deux fois, nous dirent les auteurs Trillat et Fabre, nous avons observé une pénétration probable du liquide dans les trompes et deux fois les symptômes ne présentèrent aucun caractère de gravité ; les malades ressentirent une douleur vive dans l'abdomen au cours d'une injection ; le ventre présente un ballonnement très marqué, mais aucun phénomène d'intoxication ne fut noté. »

Et les auteurs concluent que :

« ..... les injections intra-utérines d'essence dé térébenthine paraissent devoir s'ajouter aux autres précautions ordinairement employées dans la prophylaxie de la fièvre puerpérale. »

Comment agit l'essence de térébenthine dans ces cas particuliers ? Est-ce comme simple antiseptique qui

pourrait être remplacé par un autre antiseptique quelconque ?. — Il est probable que la térébenthine agit comme quasi-spécifique du streptocoque ce qui explique d'ailleurs son rôle dans les abcès de fixation.

Pour terminer je veux citer encore une observation laquelle fixera pour ainsi dire définitivement les idées sur ce traitement par les abcès de fixation. L'observation est empruntée à M. Metzger (1).

OBSERVATIONS

(Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris. Avril 1911.)

Un cas de spléno-pneumonie au cours de l'infection puerpérale

J. B..... 46 ans III pare. Bien réglée depuis l'âge de 14 ans. A toujours été bien portante sauf une fièvre typhoïde à 17 ans. A eu une première grossesse terminée à terme par une application de forceps. L'enfant mourut à 29 mois de broncho-pneumonie. La deuxième grossesse s'est terminée par un avortement de six semaines. Cette femme qui a eu ses dernières règles du 27 février au 1er mars entre à l'hôpital le 14 décembre 1910 à 9 heures du matin. Elle a ressenti les premières douleurs le 12 décembre et a perdu de l'eau depuis le 13 décembre à 9 heures du soir.

A l'arrivée, la dilatation du col est de 5 centimètres environ. On constate une présentation du sommet en G. T. mobile ; le liquide qui s'écoule est rosé et fétide.

Les bruits du cœur sont irréguliers ; on les compte de 150 à 170 par minute ; puis ils se ralentissent.

---

(1) Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris. Avril 1911.

Dans ces circonstances je fis une application au forceps, la tête étant engagée en O I G A à dilatation complète. Extraction d'un enfant mort-né, baignant dans un liquide purée de pois extrêmement fétide. Cet enfant du sexe masculin pesant 3150 grammes ne put être ranimé.

Injection intra-ovulaire au permanganate, puis délivrance artificielle. Injection intra-utérine iodée. La température au moment de l'accouchement est de 38° 5.

Les jours suivants on constate des lochies fétides. La température reste aux environs de 38°. L'utérus est flasque et mou. Infection locale qui est traitée par badigeonnage de la cavité utérine à l'iode et application de glace localement.

La température descend à 37° le 18 décembre, mais elle remonte les jours suivants entre 39° et 40.

M. Bouffe de Saint-Blaise, alors chef de service, fait traiter la malade par la balnéation froide et le 27 décembre on fait une injection de 80° de sérum antistreptococcique intramusculaire.

L'état de la malade continue à être grave; elle a de fréquents frissons. La culture du sang pratiquée le 26 décembre donne un résultat négatif.

Le 29 décembre, soit 15 jours après l'accouchement, on constate des râles sous-crépitants fins aux deux bases des poumons. Température 40° 5.

Le 30 décembre, il y a de la submatité à la base droite avec quelques râles sous-crépitants. A la base gauche la respiration est redevenue normale. Température de 41° 1.

Le 31 décembre, état très grave. Dyspnée accentuée avec mêmes signes sthétoscopiques. On fait une **injection de 5cc de térébenthine** au niveau de la paroi abdominale (abcès de fixation). Température 39° 3.

1er janvier 1911. Température 38° 5. Dyspnée intense. A la base gauche : matité nette atteignant à 2 travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate, souffle peu intense, égophonie, pec-

toriloquie aphone ; on ne peut rechercher l'état de vibrations thoraciques à cause de la dyspnée de la malade. L'espace de Traube est sonore, mais la pointe du cœur est un peu déviée à droite. Au côté droit la matité s'élève moins haut ; il y a de la bronchophonie, un souffle aigu assez intense, des râles crépitants.

On a donc à droite des signes de congestion à gauche des signes d'épanchement. La ponction exploratrice ne ramène que quelques gouttes de liquide rosé, et pourtant nous le répétons en plusieurs points.

Les jours suivants, les signes se maintiennent. A droite les râles sont plus abondants ; le souffle moins intense ; à gauche la matité augmente, remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate, mais l'espace de Traube reste sonore ; le souffle s'entend dans presque tout le poumon en arrière.

9 janvier. — Les signes d'épanchement du côté gauche (matité, souffle, égophonie, pectoriloquie aphone) s'accentuent. L'espace de Traube est mat. On fait une ponction avec le trocart monté sur l'appareil de Potain. Il n'y a pas de liquide quoique la ponction soit répétée en 3 points, dans le dos et dans l'aisselle.

13 janvier. — Mêmes signes, espace de Traube reste mat ; mais on entend quelques râles sous-crépitants à la base gauche. Apparition de quelques crachats rosés et visqueux.

14 janvier. A droite, il n'y a plus qu'un peu de submatité et quelques râles sous-crépitants.

A gauche, la matité ne remonte plus qu'à deux travers de doigts de la pointe de l'omoplate. L'espace de Traube est redevenu sonore. La matité s'arrête verticalement dans la région axillaire.

Le souffle persiste, intense, aigu, superficiel et s'accompagne de quelques bouffées de râles crépitants. Expectoration rosée très abondante.

16 janvier. Mêmes signes, mais l'expectoration est très abondante (près de 3 crachoirs par jour) crachats très peu colorés et très aérés.

20 janvier. Mêmes signes, sauf apparition de frottements, râles ? à la base gauche. L'état général est meilleur.

24 janvier. Matité ne persiste aux bases que sur la hauteur de 3 ou 4 travers de doigt. Il n'y a plus de souffle ; on constate aussi quelques râles des 2 côtés.

31 janvier. Obscurité du murmure vésiculaire à la base gauche : souffle à la partie moyenne ; égophonie persiste.

5 Février. — La malade sort sur sa demande. Il ne reste plus qu'une repiration soufflante à gauche sans râles.

L'abcès de fixation qui avait évolué lentement avait été incisé le 29 janvier. Le pus habituel s'en était écoulé très abondant : il fut reconnu stérile.

Pendant l'évolution des phénomènes, la température a baissé assez rapidement et n'a plus guère atteint que 38° à partir du 6 janvier alors que les phénomènes pulmonaires s'accentuaient.

Comme on le voit, cette femme bien que fortement atteinte non seulement par la fièvre puerpérale, mais encore par une affection pulmonaire qui ne lui permettait pas de lutter efficacement contre son infection puerpérale, guérit, malgré ses conditions aussi mauvaises que possible, grâce au traitement par l'abcès de fixation.

Il faut en conclure que l'essence de térébenthine employée à temps et dans des conditions requises donne souvent des résultats inattendus dans des cas presque désespérés.

CONCLUSIONS

De tout ce qui précède, on peut conclure que :

1° l'essence de térébenthine est la seule substance chimique qui puisse produire un abcès à pus stérile sans ajouter des microbes ni des toxines à ceux déjà existants :

2° que cette essence doit être injectée à dose de 1 à 2 cms., pas plus, sous peine d'avoir de larges plaques de sphacèle, qui guérissent d'ailleurs très bien.

3° Il faut intervenir à temps, sans attendre qu'il soit trop tard. Pour cela il ne faut pas s'attarder aux traitements locaux et palliatifs et avoir promptement recours à l'essence de térébenthine. Une femme trop atteinte, vieille, luttant mal, sera presque fatalement perdue.

L'incision doit être faite entre le 6e et 8e jours et encore souvent faut-il avoir soin de créer un autre abcès à côté avant d'ouvrir le premier.

En résumé, une femme pas trop âgée, énergique, qui a été traitée précocement, sans attendre que l'infection

devienne irréparable, pourra toujours espérer la guérison, si l'injection a été faite comme il a été indiqué plus haut, et avec l'asepsie et antisepsie les plus sévères.

Vu : Le Président de Thèse :

RIBEMONT-DESSAIGNE.

Vu ; le Doyen :

D. LANDOUZY.

Vu et permis d'Imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :

L. LIARD.